Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 32 — 18 Avril 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

SUR L'ATHREPSIE, par M. A.-B. MARFAN. 189

ANALYSES

Anatomie et Physiologie : La température des aliments gastriques, par M. MICHELI . . . . . .
Médecine : Cancer de l'ampoule de Vater, par M. V. HANOT. — Empyème et abcès du poumon produits par le pneumo-bacille de Friedlander, par M. SIDNEY WOLF. . 190
Chirurgie : Kyste du pancréas, par MM. A. PONCET et CIBERT. — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire, par M. H. LENHARTZ 190
Obstétrique et Gynécologie : Contribution à l'étude des cardiopathies au cours de la grossesse, M. L. DEMELIN 191
Neurologie et Psychiatrie : Le ptosis comme signe de syphilis cérébrale, par M. EMANUELLE GRANDE . . . 191
Maladies des voies urinaires : De l'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère, par M. TUFFIER. 191
Rhinologie, Otologie, Laryngologie : Végétations adénoïdes, leur ubiquité et leur ancienneté, par M. W. MEYER. — Les otites dans la rougeole, par M. BEZOLD. 192
Thérapeutique et Matière médicale : Influence des bains de boue chauds sur les échanges albuminoïdes, par M. B. POWITZ 192
Médecine légale et toxicologie : Empoisonnement mortel par des huîtres, par M. A. BROSCH. 192

La valeur des antipyrétiques médicamenteux. . CLIV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Traitement de la luxation congénitale de la hanche, M. KIRMISSON. — Extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale, M. CHALOT. — Sigmoïdostomie périnéale, M. CHALOT. — Photographie d'un corps étranger interosseux, obtenue par les rayons de Rœntgen, M. GUINARD. — Fracture de la rotule, traitée par la griffe de Malgaigne, modifiée par Duplay, M. REYNIER. CLV
Société médicale des hôpitaux : Communication interventriculaire sans aucun symptôme fonctionnel, M. POTAIN. MM. SIREDEY, RENDU, — Le pouls anacrote dans le rétrécissement aortique, M. HUCHARD. M. POTAIN CLVI
Société anatomique : Cancer primitif du foie, M. JACOBSON. — Pyonéphrose, M. JACOBSON. — Cyanose congénitale, M. FRÆNKEL. — Péritonite généralisée consécutive à une appendicite (appendicite à répétition), M. VANVERTS. — Hématocèle traumatique sous-cutanée, MM. MERMET et LACOUR. — Double ulcère de l'estomac perforé. Laparotomie, M. E. APERT. — Pneumococcie articulaire, endocardique et méningée, M. GRIFFON. — Fracture de la voûte orbitaire par balle de revolver, M. DARTIGUE CLVI
Société obstétricale et gynécologique : Vomissements incoercibles de la grossesse, M. LE DAMANY. MM. DOLÉRIS, BUDIN. — Parotidite ascendante, M. BRINDEAU. Deux observations de rupture utérine spontanée, M. CHÉRON. — Placenta double dans une grossesse simple, M. MAYGRIER. — Kystes hydatiques développés dans les deux trompes, M. DOLÉRIS. CLVII
Société française d'ophtalmologie : Cas intéressant de blépharoplastie, M. DARIER. — Un cas d'aniridie congénitale, M. DUBOYS DE LAVIGERIE. MM. DESPAGNET, MORAX. — De l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Complications provoquées par des traitements intempestifs. Prophylaxie, M. ABADIE. MM. VALUDE, DESPAGNET, JOCQS, GALEZOWSKI, KALT, GORECKI, VALUDE, ABADIE. — Modifications à l'opération du strabisme, M. GALEZOWSKI. M. VIGNES. — Action thérapeutique de l'érysipèle facial sur diverses affections oculaires, M. A. TERSON. M. GORECKI.— Traitement de l'iritis tuberculeux par le gaïacol, M. VIGNES CLVII
Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (suite) **:** Réponse à la communication de M. Ehlers sur la lèpre, M. VÉRITÉ. M. EHLERS. — Herpès oculaire, M. GALEZOWSKI. MM. AUGAGNEUR, VÉRITÉ. Statistique d'un service de Saint-Lazare, M. BARTHÉLEMY. — A propos de trois cas de psoriasis atypique localisé à la main, M. DARIER. MM. BROCQ, DARIER, MOREL-LAVALLÉE, FEULARD, MOTY, BROCQ, VÉRITÉ, BROCQ, BESNIER, MOREL-LAVALLÉE, BESNIER. — Note clinique sur l'ulcère annamite et son traitement, M. MOTY. — Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques, MM. GASTOU et BABON. CLVIII
Société obstétricale de France : Du traitement des hémorrhagies post-partum, M. TARNIER. MM. BOSSI, TARNIER, KEIFFER, CHAMPETIER DE RIBES, MAYGRIER, CHARPENTIER. — Deux opérations de Porra pour tumeurs fibreuses incarcérées dans le petit bassin, M. POLOSSON. — Physiologie du col utérin, M. KEIFFER, M. BUDIN. — Traitement de la rétention de l'œuf abortif, M. LOP. — Fièvre puerpérale à forme gangréneuse, M. FAVRE. — Un cas de version dans un bassin rétréci, M. POUX. — Recherches expérimentales à propos de mensurateur-levier-préhenseur, M. BUDIN. CLIX

HOPITAUX

Réformes hospitalières. — Dans sa séance d'hier, le Conseil municipal a adopté les conclusions du rapport de M. Dubois, fait au nom de la Ve Commission, et relatif au nouveau règlement hospitalier.

Chacun des quartiers de Paris et chacune des communes du département de la Seine, qui ont passé un traité avec l'Administration, pour l'hospitalisation de leurs malades indigents, seront rattachés à un hôpital déterminé.

Tout malade indigent ou nécessiteux, qui désirera formellement être soigné par un médecin ou un chirurgien, en dehors de sa circonscription, pourra y être autorisé, à la suite d'une demande faite par lui, par le médecin du bureau de bienfaisance, ou le médecin consultant de sa circonscription.

Les médecins et chirurgiens, auront la faculté de consulter dans leurs salles leurs anciens malades.

L'admission d'urgence sera prononcée par le directeur de l'hôpital, sur avis de l'interne de garde.

La répartition des malades dans les salles, sera faite par le directeur de l'hôpital, sur l'indication de chaque chef de service, à tour de rôle, en ce qui touche son service.

Les assistants de consultation en titre ou suppléants, seront nommés par le Directeur de l'Administration, sur une liste double de candidats, choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatres années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

Banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris. — Nous rappelons que le banquet aura lieu le samedi 25 Avril, chez Marguery, sous la présidence de M. Pamard d'Avignon ; le prix de la cotisation est de 20 francs pour les anciens internes et de 12 francs pour les internes en exercice.

NOUVELLES

Enseignement élémentaire de la gynécologie et des maladies vénériennes. — MM. les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de la Maison de Saint-Lazare feront, deux fois par an, une série de leçons élémentaires sur la gynécologie, la vénéréologie et la syphiligraphie. Chacune des trois parties du cours comprendra six leçons; les leçons auront lieu trois fois par semaine : le cours entier durera donc un mois et demi. Le cours d'hiver sera fait par MM. Le Blond, Verchère, Jullien et Ozenne; le cours d'été, par MM. Chéron, Le Pileur, Barthelemy et Feulard.

La date exacte d'ouverture de ces cours sera annoncée ultérieurement.

Cours d'électrothérapie. — M. FOVEAU DE COURMELLE reprendra son cours libre d'électrothérapie à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, le lundi 20 Avril, à 5 heures, et le continuera tous les lundis à la même heure. Il traitera, ce semestre, des électricités statique et atmosphérique et de leurs relations épidémiologiques et curatives.

AU CONGRÈS DE WIESBADEN

LA VALEUR DES ANTIPYRÉTIQUES MÉDICAMENTEUX

La question de la valeur des antipyrétiques médicamenteux, mise à l'ordre du jour du Congrès et discutée en premier lieu, n'est pas, à proprement parler, une question d'actualité; depuis deux ou trois ans on dit tant de mal de l'antipyrèse médicamenteuse, on insiste tant sur ses méfaits, que son inutilité, pour ne pas dire ses dangers, est devenue un dogme thérapeutique. Le lecteur ne sera donc pas surpris de voir la discussion du Congrès de Wiesbaden aboutir à la consécration officielle et solennelle de ce dogme.

* * *

Prenons donc le rapport présenté par M. KAST (de Breslau), et consacré tout entier à la question de

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

DRAGÉES FERRUGINEUSES DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

ANNALES DE MICROGRAPHIE spécialement consacrées à la *bactériologie*, aux *protophytes* et aux *protozoaires*. Rédacteur principal : *Docteur* MIQUEL, directeur du service miorographique à l'observatoire municipal de Montsouris. Cette publication paraît par fascicules mensuels de 48 pages in-8° raisin, avec figures et planches hors texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr.; Départements et Union postale, 22 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

VICHY-CÉLESTINS
Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
HAMAMELIDINE LOGEAIS
ELIXIR IODO-TANNIQUE NALINE

savoir s'il est utile ou non, d'abaisser la température, dans les maladies fébriles. M. Kast a rappelé, tout d'abord, les recherches expérimentales qui ont été faites pour étudier la résistance à l'infection des animaux, dont les uns ont été maintenus à la température de la chambre, et les autres soumis à une température élevée. Ces recherches ont montré que les animaux surchauffés supportaient infiniment mieux l'infection ou l'intoxication d'origine microbienne, que les animaux gardés à la température de la chambre. Sous ce rapport, les expériences de Walter, de Lœwy et Richter, avec le pneumocoque de Frænkel, celles de Filehne, avec le streptocoque de l'érysipèle, celles de Pfeiffer, de Kast, avec le vibrion cholérique, celles de Hildebrandt, avec les ferments hydrolitiques, sont formelles et montrent que la température élevée met l'animal dans de meilleures conditions de résistance et de défense.

Si l'on envisage maintenant en détail les faits, les symptômes isolés, attribuables ou attribués à la fièvre qu'on cherche à combattre ou à modifier par l'antipyrèse, on trouve, soit que la valeur de ces symptômes a été exagérée, soit que l'antypirèse n'a pas de prise sur eux. Ainsi, on a insisté sur l'accroissement de la désassimilation organique, des échanges azotés, au cours de la fièvre : les recherches récentes de Kraus et Lœwy ont montré que cet accroissement est relativement minime, et n'atteint pas la valeur qu'on lui avait attribuée. On a mis en avant la dégénérescence parenchymateuse des viscères, du cœur en particulier, se produisant, d'après les recherches de Litten et de Ziegler, sous l'influence de la fièvre ; or, il est reconnu aujourd'hui que cette dégénérescence se produit non pas au bout de quarante-huit heures, mais seulement après huit à dix jours d'hyperthermie. Un troisième grief formulé contre la fièvre, est la diminution de l'alcalinité du sang : les travaux de Klemperer ont prouvé que l'antipyrèse n'a aucune action sur ce phénomène.

Ainsi, d'un côté, l'antipyrèse se trouve sans action sur les phénomènes isolés de l'état fébrile, et, de l'autre, la température élevée augmente la résistance de l'organisme infecté. Ces deux ordres de faits justifient donc la condamnation de l'antipyrèse dans les affections fébriles.

L'antipyrèse a pourtant, pour M. Kast, ses indications en clinique, notamment dans l'hyperthermie devenant périlleuse et retentissant sur le système nerveux. Il faut alors s'attaquer à l'élément hyperthermique ; seulement les faits accumulés de toutes parts, en clinique, prouvent, jusqu'à l'évidence, que l'antipyrèse médicamenteuse est alors dangereuse, et que, par conséquent, elle doit céder le pas à la balnéation froide, dont l'action peut, à la rigueur, être appuyée par la quinine, qui n'a pas les inconvénients, les dangers inhérents aux autres antipyrétiques médicamenteux.

L'argumentation de M. Unverricht (de Magdebourg), qui a envisagé la question à un autre point de vue, n'est pas moins décisive. Il s'est demandé, tout d'abord, si l'ensemble des phénomènes morbides qu'on observe dans les maladies fébriles relevait exclusivement, comme on l'a pensé, de la fièvre, de l'élévation de la température? M. Unverricht ne le croit pas, car, s'il en était ainsi, l'abaissement de la température, obtenu d'une façon ou d'une autre, devrait faire disparaître tous ces phénomènes : on sait qu'il n'en est rien. D'autre part, il n'existe aucune fixité, dans les rapports entre l'hyperthermie, d'un côté, l'état du pouls, les modifications du sang, les altérations du système nerveux, de l'autre. L'hyperthermie ne jouerait même pas, d'après M. Unverricht, de rôle prépondérant, car, bon nombre d'infections évoluent sans hyperthermie, et ne sont pas, pour cela, moins graves, accompagnées qu'elles sont des mêmes phénomènes morbides.

Ce qui le montre encore, c'est que l'antipyrèse médicamenteuse, ou par balnéation froide, ne donne pas toujours des résultats identiques, et que ses effets, au point de vue de la modification des phénomènes morbides, varient avec les causes, infectieuses ou toxiques, qui tiennent la fièvre sous leur dépendance.

Il ne faut donc pas combattre la fièvre, ou du moins, comme M. Unverricht le soutient depuis 1882, ce n'est pas contre la fièvre que doit porter l'effet thérapeutique, car, on ne sait pas encore si elle est utile ou nuisible, et tout porte à croire qu'elle est plutôt utile que nuisible. On sait, notamment, que bon nombre de bactéries, la bactéridie charbonneuse, le gonocoque, le bacille de la tuberculose, le pneumocoque de Frænkel, ne supportent pas les températures élevées ; on sait aussi qu'une température élevée favorise la leucocytose, qui est un des moyens de défense de l'organisme ; on sait encore, que la pneumonie des vieillards est d'autant plus grave que la réaction fébrile est moins intense ; on peut, enfin, supposer que certaines toxines ne se transforment en combinaisons inoffensives, qu'à la faveur d'une température élevée, ce qui expliquerait les observations de Welsch, d'après lesquelles les animaux infectés supportent d'autant mieux l'infection, qu'ils ont une réaction fébrile plus violente. Conclusion : pas d'antipyrèse médicamenteuse dans les maladies fébriles.

Seul, M. Pœhl (de Saint-Pétersbourg), a pris la défense, non pas de l'antipyrèse, mais des antipyrétiques, auxquels il attribue, aux antipyrétiques de la série aromatique, en particulier, la propriété de se combiner avec les déchets azotés, en formant des produits dont l'élimination est facile.

En examinant les urines de fébricitants auxquels on avait administré des antipyrétiques, M. Pœlh a retrouvé ces antipyrétiques combinés avec les produits de désassimilation, avec l'acide glucosurique, avec les amides (cystine, leucine, tyrosine), et a constaté que l'acide salycilique se transformait en acide salicylurique, l'antipyrine en acide acétyl-paraphénol-amidoglycosurique, la naphtaline en acide naphtoglycosurique, etc. Il en résulte que les antipyrétiques auraient leur importance, en s'opposant à l'accumulation, dans l'organisme, des déchets organiques toxiques, et agiraient, indirectement, à la façon des antiseptiques. D'après M. Pœhl, on pourrait, encore, favoriser la formation de ces combinaisons, d'une élimination facile, en administrant, en même temps que les antipyrétiques, une petite quantité d'un sulfate neutre.

* * *

Telles sont les trois communications relatives à la question générale de l'antipyrèse, de son utilité dans la fièvre. Avec M. Binz (de Bonn) corapporteur, nous abordons la question de la valeur individuelle des antipyrétiques généralement employés, tels que la quinine, l'acide salicylique, l'antipyrine, l'antifébrine, la thalline, l'alcool. Sauf pour ce qui est de l'alcool peut être, l'étude de M. Binz, étude du reste purement pharmaco-dynamique, n'apporte pas de faits très nouveaux.

D'après M. Binz, la quinine est un poison énergique pour les protoplasmas inférieurs, plus spécialement pour le microorganisme de l'impaludisme décrit par Laveran. Son action antifébrile dans l'impaludisme est donc une action spécifique. Quant à l'atténuation de la fièvre dans les autres maladies, elle est due à la dépression directe de l'activité cellulaire produite par la quinine. Cette action dépressive est démontrée : 1° par la diminution du nombre et de la vitalité des leucocytes ; 2° par l'abaissement du taux de l'azote et du soufre dans l'urine des animaux à sang chaud, sains ou fébricitants ; 3° par l'abaissement par la quinine de la température interne des animaux placés dans un bain de vapeur chaud ; 4° par l'abaissement de la production de chaleur des animaux sains ou fébricitants placés dans le calorimètre de Rubner. L'action antithermique de la quinine a donc un caractère général, c'est pourquoi on y revient toujours en pratique.

L'acide salicylique se rapproche de la quinine par sa propriété d'agir aussi, d'une façon presque spécifique, sur un microorganisme pathogène, sur le microorganisme du rhumatisme articulaire aigu, qui reste encore à découvrir. Par contre, ses propriétés générales le différencient de la quinine : il augmente la température interne des animaux, accroît l'azoturie urinaire, produit une augmentation des leucocytes dans le sang.

L'antipyrine n'est ni antiputride, ni antifermentescible. Elle élève la température centrale, augmente la quantité d'acide urique dans l'urine, n'a aucune influence sur l'excrétion de l'urée, augmente l'émission de chaleur par la peau. Le fait le plus saillant de son histoire, c'est que, contrairement à la quinine et à l'acide salicylique, elle exerce un effet antithermique puissant dans l'hyperthermie provoquée par la lésion du corps strié. Il faut donc admettre que l'action antithermique de l'antipyrine s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux.

L'antifébrine, la phénacétine et la thalline agissent d'une façon identique à l'antipyrine, sauf la thalline, qui semble agir directement sur les germes dans la fièvre infectieuse.

L'action antithermique de l'alcool éthylique a été établie par M. Binz dès 1870 ; les recherches ultérieures ont confirmé cette action, et montré que, dans les septicémies fébriles, l'alcool agissait à la façon d'un antithermique. Le mécanisme de cette action n'est pas encore élucidé. Des expériences très précises permettent d'affirmer que cette action ne s'exerce pas par l'intermédiaire du système nerveux ; peut-être a-t-on le droit d'invoquer une excitation de l'activité cardiaque, en raison des modifications qui se manifestent dans la circulation cutanée. D'autre part, on sait que les doses élevées d'alcool éthylique sont susceptibles d'exercer une action antiseptique, par l'abaissement de la vitalité des microorganismes, et que l'alcool est un diurétique puissant. Il est donc probable que tous ces divers facteurs agissent à la fois, pour produire cet abaissement de la température dû à l'action de l'alcool.

La discussion de ce second rapport à tenu peu de place. M. von Jaksch (de Prague) est intervenu pour soutenir que l'alcool, comme antipyrétique, doit être manié prudemment car, comme toutes les substances toxiques, il agit mal sur les reins, et que, sauf la quinine, les autres antipyrétiques ne doivent être employés qu'à titre de nervins. M. Schill (de Wiesbaden) n'emploie jamais d'antipyrétiques qui exercent une action nuisible sur le cœur, déjà touché par la maladie infectieuse. Il donne de l'alcool et des bains froids, jamais au-dessous de 27 degrés, et les résultats qu'il a obtenus sont des plus encourageants. M. Dettweiler (de Falkenstein) a été seul à soutenir que, chez les tuberculeux fébricitants, l'antipyrine ou la phénacétine à petite dose rend des services au point de vue de l'amélioration de l'appétit.

* * *

En somme, ce qui ressort de cette discussion sur les antipyrétiques, c'est que l'antipyrèse médicamenteuse dans les maladies fébriles, est généralement inutile, peut-être même dangereuse ; que, dans les cas où il est indiqué d'obtenir un abaissement de la température, on a tout avantage à s'adresser à la balnéation froide ; que la quinine, dans l'impaludisme, et l'acide salicylique, dans le rhumatisme articulaire, agissent comme spécifiques contre les microorganismes respectifs de ces deux infections. Cette discussion, comme nous l'avons dit au début, consacre donc le dogme de l'inutilité de l'antipyrèse médicamenteuse dans les maladies fébriles.

R. Romme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

15 Avril 1896.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — **M. Kirmisson.** En 1892, j'ai eu l'occasion d'exposer mes idées sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche, dans un rapport que je faisais sur une observation de M. Denucé. Depuis, les faits se sont multipliés en France et à l'étranger, et une nouvelle mise au point de cette question est nécessaire.

Je rappellerai d'abord que c'est à Hoffa que revient l'honneur d'avoir pratiqué la première opération pour une luxation congénitale, le 6 Juillet 1889. Ce chirurgien faisait, l'année suivante, une communication sur ce sujet.

Pour moi, j'ai pratiqué ma première opération, le 5 Octobre 1891. M. Broca en avait, d'ailleurs, fait une avant moi, six semaines auparavant, dans le service de M. Terrier, mais sans succès.

En Mai 1893, j'ai publié dans la *Revue d'orthopédie* ma première série d'opérations, dont le nombre était de huit, et, en 1894, j'ai fait, sur ce même sujet, une communication au Congrès de Rome.

Mes premières interventions n'ont pas été des succès brillants, et sur 8 cas en 1893, j'avais 2 morts, 2 récidives et 1 ankylose. Les morts survinrent, l'une à la suite d'hémorrhagie, l'autre de septicémie.

L'opération de Hoffa a été, depuis lors, grandement modifiée, et en particulier par Lorenz[1], dont la technique opératoire est actuellement la meilleure. Il en résulte que la mortalité a diminué, sans que cependant, même aujourd'hui, on puisse dire qu'elle soit nulle.

La gravité opératoire n'est pas, en effet, une quantité encore négligeable. En 1895, Hoffa nous donne sa sta-

1. *Presse médicale*, 14 Mars 1896, n° 22, p. cv.

tistique, portant sur 112 opérations, pratiquées sur 82 enfants. Or, 7 de ses opérés sont morts, 4 de septicémie, 1 de diphtérie, 1 de pneumonie, 1 de catharre intestinal; 9 fois, l'opération a du être abandonnée, et remplacée par une simple pseudarthrose; 1 fois, une résection double a été pratiquée.

En 1894, Bradford relate une petite série de 5 cas, avec 3 morts, l'une de diphtérie et de septicémie, 1 de diarrhée, 1 de scarlatine. Des 2 malades restants, l'un n'avait pas de réduction solide.

Gibney donne également une statistique de 6 cas, avec 2 morts, par septicémie. Deux malades seulement ont guéri avec un bon résultat.

M. Broca[1], dans sa communication, nous a donné 3 morts, sur une série de 37 cas.

Lorenz, sur 12 premiers cas, a perdu 2 malades de septicémie et a eu 3 suppurations graves. Il est vrai que, dans une seconde série, portant sur 100 malades, il n'a pas eu une seule mort. Je ferai cependant remarquer qu'il a eu 1 fois une hémorrhagie grave, 1 fois des phénomènes septicémiques inquiétants, et que, plusieurs fois, les manœuvres de traction, qu'il exécuta au début de l'opération, ont déterminé des paralysies importantes.

Relativement à la durée de l'opération, Lorenz donne dans son récent traité de la luxation congénitale, de dix à vingt ou vingt-cinq minutes en moyenne. Mais, en parcourant ses observations, j'ai pu constater que cette durée a été de une demi-heure 37 fois et de trois quarts d'heure 11 fois. L'opération n'est donc pas tout à fait aussi simple que le dit Lorenz, dans un exposé où il cherche, avant tout, à emporter la conviction.

Il est encore nécessaire, pour se faire une juste idée du traitement chirurgical, d'examiner les résultats. Sur 82 cas, Hoffa a eu 11 récidives, 3 en arrière et 8 en avant, et Lorenz, sur 84 malades, dont 16 avaient une luxation double, a eu 15 récidives, dont 12 avant et 3 en arrière, ce qui fait une proportion dont on ne peut pas ne pas tenir compte.

Hoffa a déjà proclamé que la *restitutio ad integrum* ne peut être obtenue, et je partage absolument cette manière de voir. Il existe, après l'opération, toujours un raccourcissement de 1 à 3 centimètres. Pour ma part, je n'ai jamais obtenu de raccourcissement inférieur à 1 centimètre. Au Congrès de Rome, Lorenz a amené 2 de ses opérés qu'il n'a pas dû choisir parmi les moins convaincants et il nous les montrait comme n'ayant aucun raccourcissement. Chez ces deux malades, j'ai pu montrer à Lorenz et aux autres chirurgiens présents, que la mensuration méthodique, pratiquée comme nous le faisons en France, permettait de reconnaître un raccourcissement très appréciable.

En compulsant avec attention les observations de Lorenz, on voit que sur 68 cas de luxation unilatérale, 42 fois le résultat, au point de vue de la longueur du membre, est indiqué : sur les 42 cas, il y a toujours eu raccourcissement.

Dans les cas de luxation double, Lorenz a eu 5 récidives et 4 ankyloses : plusieurs fois il y a eu de la flexion de la cuisse avec abduction ou adduction. Enfin, dans quelques cas, on a dû réendormir les malades pour corriger les déviations.

Relativement à l'âge, j'ai relevé 6 opérations exécutées chez des enfants de moins de trois ans, avec 6 récidives, 4 chez des enfants de deux ans et demi, avec les résultats suivants : 2 récidives, 1 cas de réduction d'un raccourcissement de 1 centimètre 1/2 à 1 centimètre, après une opération de trois quarts d'heure, 1 cas de réduction d'un raccourcissement de 3 centimètres à 2 centimètres après une opération de une heure.

De cette longue discussion de chiffres et d'observations, je puis tirer quelques conclusions. Tout d'abord, malgré les perfectionnements nombreux apportés à la méthode et les belles séries nouvelles de Lorenz (100 cas), de Hoffa (47 cas), de Broca (31 cas) sans mort, il faut encore admettre qu'il ne s'agit pas d'une opération bénigne et insignifiante. Ensuite, on doit encore reconnaître que les résultats ne sont pas parfaits, que la *restitutio ad integrum* n'existe pas et que les récidives ne sont point rares. Enfin, chez les très jeunes enfants, au dessous de trois ans, l'intervention ne donne pas d'excellents résultats.

C'est pourquoi, pour ma part, je n'abandonne nullement la méthode orthopédique, la méthode non sanglante. Ce procédé de traitement, bien étudié en Allemagne par Shede et Mikulicz, a d'ailleurs été expérimenté par Lorenz lui-même. Il existe deux procédés radicalement différents de traitement orthopédique de la luxation congénitale. L'un, recommandé par Shede et Mikulicz, immobilise le membre ou le maintient dans l'extension et l'abduction pendant six à huit mois; puis un appareil de marche est prescrit au malade. L'autre, préconisé par Lorenz, dérive de l'ancien procédé de Paci et se distingue essentiellement du précédent, en ce que, la réduction est exécutée sous chloroforme et d'un seul coup. Je ne comprends pas, pour ma part, comment M. Lorenz, dont la compétence est si grande en pareille matière, peut venir proposer la réduction d'emblée dans les luxations congénitales. Il existe en effet, une série d'obstacles de divers ordres qui ne permettent pas la réduction. Je n'ai encore eu l'occasion de constater la possibilité de cette réduction que deux fois : la première fois avec M. Monod, la seconde fois avec M. Schwartz. Dans ce second cas, ce n'est qu'au cours de l'opération que j'ai réduit, à mon grand étonnement, la tête dans sa cavité. Je tiens à faire remarquer que l'enfant a guéri et marche bien, mais qu'il a 1 centimètre de raccourcissement, et cela bien que je n'ai pas creusé de nouveau cotyle.

J'estime donc qu'il ne faut pas chercher à obtenir une réduction d'emblée et qu'on doit avoir recours à l'extension continue, longtemps prolongée, après avoir mis le membre en abduction, comme le réalisent les appareils de Shede, de Mikulicz ou la gouttière spéciale que j'ai fait construire.

En résumé, je pense que la luxation congénitale de la hanche doit être traitée de bonne heure et non abandonnée à elle-même, comme on l'a trop fait jusqu'à ces dernières années. Les jeunes enfants, au-dessous de trois ans, seront toujours traités par la méthode orthophédique. Au-dessus de cet âge, on commencera par ce simple traitement orthopédique et, ce n'est qu'en cas d'échec, qu'on aura recours à l'intervenion sanglante. Si je n'ai pratiqué celle-ci que rarement, ce n'est point par esprit hostile; j'estime qu'elle donne des résultats fort appréciables, bien que non parfaits. Mais jusqu'en 1893, je n'ai pu hospitaliser les enfants qu'on m'amenait et je ne me croyais pas en droit de les opérer et de les renvoyer ensuite chez eux. De plus, j'ai pensé jusqu'à ce jour que l'opération n'est pas d'une bénignité absolue, ni d'une constance parfaite dans ses bons résultats : j'ai toujours fait part aux parents des enfants de ce que l'on pouvait espérer, sans exagérer les chances de succès et j'ai vu souvent les parents refuser alors l'opération. Les récents progrès de la technique, permettant d'espérer davantage, engageront, sans doute, les chirurgiens et les parents à recourir plus souvent à une intervention que je crois utile et profitable.

1. *Presse médicale*, 11 Mars 1896, nº 21, p. CII.

Extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale. — **M. Chalot** (de Toulouse) fait une communication sur un procédé d'extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale et qui est à peu près identique à celui de M. Gaudier [1]. Le malade auquel il l'a appliqué a succombé.

Sigmoïdostomie périnéale. — **M. Chalot** (de Toulouse), recommande, dans les cas d'atrésie ou d'imperforation rectale, de recourir au procédé suivant : chercher d'abord le bout terminal de l'intestin par le périnée, jusqu'à 4 ou 5 centimètres de profondeur. Si on ne le trouve pas, ouvrir l'abdomen, chercher, à gauche, l'S iliaque et son bout imperforé. Détacher celui-ci, et l'évacuer, au besoin. Effondrer le cul-de-sac péritonéal inférieur avec le doigt, et dans l'orifice ainsi produit, faire passer le bout intestinal, que l'on fixe au périnée.

M. Chalot a pratiqué cette opération une fois, avec un plein succès.

Photographie d'un corps étranger intraosseux, obtenue par les rayons de Rœntgen. — **M. Guinard** présente une photographie obtenue par les rayons de Röntgen. Cette photographie montre, dans l'épaisseur d'un métacarpien, une pointe d'aiguille de 4 à 5 millimètres, qui a pu être extraite par l'intervention.

Fracture de la rotule, traitée par la griffe de Malgaigne, modifiée par Duplay. — **M. Reynier** montre un excellent résultat de fracture de rotule, traitée par la griffe de Malgaigne. La fracture date de deux ans, et le résultat se maintient.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

17 Avril 1896

Communication interventriculaire, sans aucun symptôme fonctionnel. — **M. Potain.** Je viens d'observer une malade, atteinte d'une lésion cardiaque considérable, ayant cependant passé inaperçue jusqu'à ce jour. Cette femme, âgée de cinquante-cinq ans, ne fut jamais malade jusqu'à ce jour; elle eut trois grossesses heureuses, nourrit ses trois enfants; depuis lors, rien à signaler. Elle est entrée dernièrement dans mon service, pour des troubles dyspeptiques.

Ce fut donc avec un certain étonnement que l'on découvrait, en auscultant le cœur, l'existence d'une communication interventriculaire :

Souffle considérable, à tonalité haute, rude, superficiel, souffle systolique siégeant à la partie interne du 3e espace intercostal gauche; frémissement intense à ce niveau; aucune propagation particulière dans les vaisseaux; pas d'augmentation du volume du cœur; battements réguliers.

Ce cas est un exemple de lésion considérable du cœur ne se manifestant par aucun symptôme fonctionnel appréciable; et compatible, par conséquent, avec une santé florissante.

M. Siredey. J'ai eu l'occasion d'observer, en 1892, un malade qui rappelait, par certains côtés, le tableau clinique que M. Potain vient de décrire.

Il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans, entré dans mon service pour une affection fébrile aiguë, qui l'enleva en quelques jours. En auscultant le malade, je découvris l'existence d'une triple lésion cardiaque; et cependant aucun symptôme fonctionnel n'en résultait. L'autopsie vint confirmer mon diagnostic; il y avait : 1º un rétrécissement de l'artère pulmonaire; 2º une persistance du trou de Botal; 3º une perforation interventriculaire. Pendant dix-neuf ans, ces lésions n'avaient révélé leur existence par aucun symptôme.

M. Rendu. Il semble bien, en effet, que beaucoup de lésions congénitales du cœur, ne se manifestent par aucun symptôme fonctionnel appréciable. Qu'il me soit permis de rappeler, à ce sujet, le cas si intéressant publié par Barth, cas dans lequel le cœur était réduit à un ventricule unique; le sujet avait cependant fourni une carrière longue et peu troublée.

Le pouls anacrote dans le rétrécissement aortique. — **M. Huchard.** Il me paraît utile d'appeler l'attention sur une forme du pouls qui s'observe dans certains rétrécissements aortiques.

Le pouls présente, au doigt et au sphygmographe, une forme et des caractères particuliers : le doigt sent, au moment de la systole ventriculaire et de la diastole artérielle, deux soulèvements bien distincts; un troisième soulèvement, que l'on perçoit à peine, correspond au dicrotisme normal du pouls.

Sur la voie sphygmographique, la ligne d'ascension, au lieu d'être oblique et continue, présente, avant d'atteindre son sommet, une sorte d'encoche assez semblable à celle qui correspond au dicrotisme de la ligne de descente.

Le pouls anacrote est donc, en même temps, à *dicrotisme ascendant* et à *dicrotisme descendant*.

J'ai constaté ce pouls anacrote quatre fois, toujours chez des jeunes gens, et toujours lorsque la sténose orificielle était très serrée. Il semble que ces deux dernières particularités doivent être les deux conditions de production de ce pouls dit anacrote. Voici donc l'explication que je propose : par suite d'une sténose très accusée, la systole ventriculaire se ferait, pour ainsi dire, en deux temps, ce qui donnerait lieu à un double soulèvement vasculaire, seulement perceptible surtout chez les enfants, en raison de la conservation de l'élasticité et de la contractilité artérielle. Cette explication me paraît être en concordance avec les données cliniques.

M. Potain. L'anacrotisme du pouls ne doit pas reconnaître une cause univoque. Il n'est, du reste, pas l'apanage du rétrécissement aortique, et on le rencontre fréquemment, soit dans les cas d'insuffisance aortique, soit même lorsque l'orifice aortique est sain.

Il s'observe, en même temps que se produit le rythme spécial du cœur, qui est le bruit de galop systolique, entièrement différent du bruit de galop ordinaire. Ce rythme est constitué, ainsi que son nom l'indique, par un double bruit systolique, il s'entend au maximum dans les carotides, il diminue à mesure qu'on ausculte plus près du cœur. Son mécanisme est facile à expliquer : le premier bruit résulte de la propulsion du sang dans l'artère, le second est produit par la mise en tension de cette artère.

L'anacrotisme du pouls, de même que ce bruit de galop systolique, est donc d'origine artérielle, et ne saurait provenir d'une systole ventriculaire, se faisant en deux temps. Marey a, du reste, démontré que la systole ventriculaire est constituée par une secousse unique; il ne peut donc y avoir partage de la systole, et admettre une contraction en deux temps serait antiphysiologique.

E. de Massary.

1. *Presse médicale*, 28 Mars 1896, nº 26, p. CXXV.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

17 Avril 1896

Cancer primitif du foie. — **M. Jacobson** montre un cancer primitif du foie, recueilli dans le service de M. A. Gombault, intéressant parce qu'il présente, sur certains points, l'aspect décrit par MM. Hanot et Gilbert sous le nom de cancer trabéculaire radié. Mais, contrairement à ce qui existait dans l'observation de ces auteurs, les vaisseaux sont extrêmement dilatés, de sorte que certaines coupes prennent l'apparence de la cirrhose cardiaque.

Pyonéphrose. — **M. Jacobson** présente le rein d'une malade du service de M. A. Gombault qui avait présenté, pendant la vie, une grosse tumeur dans la région du rein gauche, qui a disparu subitement pendant le séjour de la malade à l'infirmerie.

A l'autopsie, on a trouvé une pyonéphrose à gauche, et, à l'extrémité inférieure du rein, un kyste revenu sur lui-même. L'uretère était compris dans la paroi du kyste. C'est probablement le kyste qui, en comprimant l'uretère, a déterminé dans le rein correspondant, une rétention d'urine suivie de pyonéphrose.

Cyanose congénitale. — **M. Frænkel** communique l'observation d'un enfant atteint de cyanose congénitale avec refroidissement des extrémités. Le malade présenta, à plusieurs reprises, des crises d'asystolie. Les symptômes étaient de la voussure précordiale, du frémissement, de l'hypertrophie du ventricule droit et de l'absence de souffle. A l'autopsie, on constata la persistance du trou de Botal, un rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire et l'hypertrophie du ventricule droit. Il existait secondairement de la tuberculose pulmonaire.

Péritonite généralisée consécutive à une appendicite (appendicite à répétition). — **M. Vanverts** rapporte l'observation d'un homme de cinquante-trois ans, ayant subi, depuis dix-huit mois, plusieurs attaques d'appendicite, avec persistance des phénomènes douloureux en dehors des crises. A l'occasion d'une dernière attaque, l'appendice fut perforé et il se produisit une péritonite généralisée qui emporta le malade.

A l'autopsie, on trouva l'appendice perdu dans des adhérences solides qui le réunissaient à une anse de l'intestin grêle et au rectum. Malgré ces adhérences extérieures, la perforation de l'appendice avait donc déterminé la production d'une péritonite généralisée.

Hématocèle traumatique sous-cutanée. — **MM. Mermet** et **Lacour** rapportent l'histoire et présentent les pièces d'une énorme hématocèle sous-cutanée traumatique de la région trochantérienne.

Il s'agit, dans cette observation, d'un jeune homme de dix-neuf ans, sur la cuisse duquel passa il y a neuf mois, une roue de voiture pesamment chargée : un volumineux hématome, étendu de la crête iliaque à la partie moyenne de la cuisse, se produisit. Depuis cette époque la collection a persisté sans changement.

Le blessé vint demander dernièrement à être débarrassé de cette tumeur gênante simplement par son volume. M. Schwartz pratiqua une ponction aspiratrice et évacua le liquide. Huit jours après, il s'était reproduit. On procéda alors à l'incision de la poche, à une nouvelle évacuation de son contenu et à la décortication de la paroi.

Ce contenu était du liquide sanguinolent, sans caillots ni coagulum. Au microscope, on pouvait y voir des hématies bien conservés pour la plupart et disposés en piles ; il n'y avait pas de paillettes de cholestérine.

La structure des deux feuillets de la poche est intéressante. Le feuillet superficiel ou cutané est, sur sa face libre, lisse, luisant, d'aspect séreux; il a 6 à 7 millimètres d'épaisseur. Au microscope, on voit qu'il est composé profondément de travées conjonctives plus ou moins irrégulièrement disposées, dont les plus profondes baignent dans la graisse sous-cutanée ; la couche la plus interne est constituée par des lamelles et des cellules connectives disposées parallèlement à la surface de la poche, tassées les unes contre les autres et répondant au type du fibrome lamelleux ou cornéen. Les vaisseaux manquent dans cette couche ; par contre, ils sont abondants dans la couche profonde. Le feuillet profond, adhérent à l'aponévrose d'enveloppe du membre, est plus mince; il est chagriné, mamelonné sur sa face libre. Il est composé dans la profondeur de fibres connectives ondulées, aponévrotiques, plus superficiellement d'un tissu conjonctif adulte sans fibres élastiques et, à la surface, d'une couche de tissu embryonnaire répondant vaguement à celui des bourgeons charnus. Les vaisseaux sont nombreux dans ce feuillet profond, surtout dans la couche la plus interne où les capillaires forment de véritables bouquets qui vont se distribuer aux mamelons visibles à la surface de la poche et dont la structure embryonnaire et la fragilité expliquent la rapide reproduction de l'épanchement.

Double ulcère de l'estomac perforé. Laparomie. — **M. E. Apert** montre au nom de M. Diriart et au sien, un estomac qui présente à sa face antérieure et à sa face postérieure, près de la petite courbure, deux ulcères perforés, remarquables par leur parfaite symétrie. Ces perforations ont en effet même forme, même grandeur (celle d'une pièce de 50 centimes), et leurs bords se correspondent exactement quand les faces de l'estomac sont en contact. On ne peut s'empêcher de penser qu'il s'est fait une inoculation d'une paroi à l'autre.

Cet estomac provient d'une jeune fille de vingt ans, qui n'avait jamais souffert de l'estomac, et qui a été prise brutalement, en pleine santé, de symptômes de perforation stomacale. La laparotomie, pratiquée par M. Faure, 18 heures après le moment de la perforation, n'a pu sauver la malade.

Pneumococcie articulaire, endocardique et méningée. — **M. Griffon** présente le cœur et le cou-de-pied d'une malade qui séjourna seulement quelques heures à l'Hôtel-Dieu, et mourut dans le coma avec des signes d'arthrite aiguë du coup-de-pied droit et une hémiplégie gauche. La ponction de l'articulation malade, pratiquée pendant la vie, montra que le pneumocoque, seul et virulent, était en cause.

A l'autopsie, on s'est trouvé en présence d'une végétation énorme sur la valvule mitrale, d'un exsudat méningé, surtout marqué sur la convexité de l'hémisphère droit, et de désordres considérables du côté du cou-de-pied. Rien au poumon. Le pus, épais, abondant, de couleur chocolat, fuse dans toutes les directions, dans les synoviales tendineuses et dans leur intervalle, et occupe toute la plante du pied. Les cartilages sont ulcérés par places; les extrémités osseuses présentent des points dénudés, toutes altérations habituelles dans l'arthrite à streptocoques, exceptionnelles au contraire dans les cas publiés d'arthrites pneumococciques.

Fracture de la voûte orbitaire par balle de revolver. — **M. Dartigue** communique l'observation d'un individu s'étant tiré, dans un but de suicide, une balle de 8 millimètres dans la région temporale droite. Pas de perte de connaissance au moment de cette tentative, et aucun signe consécutif : ni trouble de la parole, ni contractures, ni épistaxis; seulement, perte totale de la vision à droite, ecchymose et œdème considérable de la paupière supérieure, protusion de l'œil. Ce n'est que parce qu'il croit la balle très accessible derrière la paupière, que notre maître, M. Polaillon, se décide à intervenir le troisième jour après l'entrée du malade. Une incision de 3 centimètres est faite au niveau du sillon orbito-palpétral supérieur, et permet au doigt de percevoir une fracture de la voûte orbitaire : un peu de substance cérébrale s'écoule alors, coïncidant avec une alerte chloroformique et des convulsions légères du membre supérieur gauche. Le malade meurt, deux jours après, de méningo-encéphalite. L'autopsie a fait constater un épanchement sanguin sous dure-mérien, au niveau de la bosse orbitaire, et une fracture de la voûte avec fragment osseux des dimensions d'une pièce de 2 francs. La balle est en vain cherchée dans le cerveau, qui présente seulement de l'attrition de la substance cérébrale, au niveau des lobes frontaux. L'énucléation de l'œil est alors pratiquée, et permet d'y trouver la balle avec deux petits fragments osseux qu'elle y a entraînés : elle occupe le côté nasal du globe oculaire. La balle a donc suivi ce chemin: entrée au niveau de la région temporale, elle a longé parallèlement l'apophyse zygomatique, pénétré dans la cavité de l'orbite, fracturé la voûte orbitaire, et, ayant ricoché à ce niveau, est venue s'enfoncer dans le globe oculaire par son côté nasal.

R. Marie.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

16 Avril 1896.

Vomissements incoercibles de la grossesse. — **M. Le Damany.** Une femme de vingt-cinq ans, ayant eu trois grossesses antérieures normales, entre dans le service de M. Maygrier. Elle présente une intolérance gastrique complète, remontant à plus d'un mois : les vomissements suivent, de quelques minutes, l'ingestion des aliments, et même, de tout liquide. En présence de la fréquence du pouls et de la respiration, et après l'échec de toute tentative alimentaire, on se décide à appliquer le traitement électrique. Une électrode positive, de petite surface, est appliquée sur l'insertion inférieure du sterno-cléido-mastoïdien; l'électrode négative, beaucoup plus large, est posée sur le creux épigastrique. Un courant descendant de 10 milliampères suit ainsi le trajet du nerf phrénique. Les séances sont faites pendant vingt minutes, matin et soir, mais, sans résultat. Des cachets d'oxalate de cérium sont également inefficaces. L'état s'aggravant de plus en plus, on se résout à pratiquer l'avortement. Une tige de laminaire est introduite dans le col utérin, puis la dilatation est complétée par le petit ballon de M. Champetier de Ribes. Sitôt la dilatation suffisante, un curage est fait à la main, puis suivi d'un écouvillonnage et d'attouchements à la teinture d'iode. Les vomissements cessent brusquement, avec l'expulsion d'un fœtus de deux mois et demi.

L'observation précédente est remarquable par la précocité et l'aggravation rapide des vomissements. Elle démontre l'échec du traitement électrique et la nécessité de l'avortement pour mettre fin aux vomissements. Enfin, la cessation brusque de ces vomissements ne semble pas concorder avec la théorie de l'auto-intoxication. Il s'agit là plutôt d'un phénomène réflexe, ayant probablement, pour point de départ, l'utérus gravide en antéflexion.

M. Doléris. Le traitement électrique ne m'a jamais donné de résultats bien nets contre les vomissements incoercibles. La suggestion m'a été plus utile. Il s'agit souvent, en effet, dans ce cas, d'un état névropathique très marqué, aggravé par la grossesse.

M. Budin. Lors de la publication des succès obtenus, grâce au traitement électrique, j'ai rapporté un échec. Les vomissements incoercibles sont d'ailleurs souvent améliorés par le changement du milieu où se trouvent les malades, conditions qui sont parfaitement réalisées par l'admission à l'hôpital.

Parotidite ascendante. — **M. Brindeau.** Un enfant, atteint de muguet, nous est apporté dans le service des débiles de la Maternité. Après quelques jours, il présente un gonflement au niveau de la région parotidienne, et, le troisième jour, la fluctuation devenant manifeste, une ponction exploratrice, tentée avec la seringue de Pravaz, donne issue à un liquide séro-sanguinolent. L'examen bactériologique de ce liquide y démontre la présence de colonies de muguet absolument pures. Le gonflement s'accentua dans la suite, et l'incision devint nécessaire. Le liquide retiré cette fois contenait, en outre du muguet, des staphylocoques blancs. Malgré la guérison du muguet, survenue en quinze jours, une série d'abcès apparurent au niveau des articulations et s'accompagnèrent d'ascension de température. Ces abcès secondaires étaient manifestement d'origine sanguine, car le sang examiné, lors de l'incision de l'abcès parotidien, contenait du staphylocoque. A l'autopsie, on trouva, derrière l'œsophage, un abcès ayant pour point de départ la deuxième vertèbre cervicale. Le foie et les reins présentaient de la dégénérescence amyloïde.

Deux observations de rupture utérine spontanée. — **M. Chéron.** La première observation de rupture utérine a trait à une femme qui fut apportée morte à la Maternité. L'autopsie montra que cette femme avait été fortement touchée par le rachitisme et qu'elle offrait, notamment, un bassin très rétréci. La rupture de l'utérus, avec déchirure du ligament large, s'était produite spontanément, au cours de l'accouchement; il s'agissait d'une présentation de l'épaule négligée.

La deuxième observation concerne une femme qui avait eu six grossesses antérieures normales. La rupture des membranes se fit spontanément chez cette femme, qui offrait un bassin rétréci, avec une présentation de l'épaule, jusque-là négligée. L'utérus était déjà rompu, quand M. Budin tenta une intervention. La main exploratrice ayant acquis presque la certitude que le péritoine était intact, des lavages antiseptiques, suivis d'irrigations d'eau bouillie, furent pratiqués, mais la malade fut néanmoins emportée par une péritonite à évolution sourde.

Présentation de pièces. — **Placenta double dans une grossesse simple.** — **M. Maygrier.** Je présente, à la Société, un placenta double, auquel est surajouté un cotylédon accessoire. Le cordon se dissocie avant d'atteindre la principale masse placentaire, et envoie des prolongements vers le second placenta. Les deux disques sont réunis par les membranes. L'accouchement fut normal et la délivrance spontanée. Rien, dans les antécédents de la femme ou dans l'évolution de sa grossesse, ne peut expliquer cette disposition.

Cette anomalie rare rend compte de la possibilité d'une rétention, si la délivrance n'est pas soigneusement faite et si les membranes ne sont pas minutieusement examinées.

Kystes hydatiques développés dans les deux trompes. — **M. Doléris.** J'ai pu recueillir, dans les divers traités, 80 cas de kystes hydatiques du bassin; mais un seul, rapporté par M. Thiéry, semble se rapprocher de l'observation suivante :

Une femme de trente-six ans, souffrant depuis douze ans, est opérée pour une tumeur, présentant tous les signes d'un fibrome. La consistance, demi solide, rappelait celle de certains myomes. L'intervention établit qu'on se trouvait en présence de deux trompes considérablement distendues par des kystes hydatiques.

Les deux ovaires étaient intacts et furent enlevés avec les trompes, ainsi que l'utérus, privé désormais de tout moyen de suspension. L'examen complémentaire du foie, de la rate et du grand épiploon, ne révéla l'existence d'aucun autre kyste hydatique.

R. Mercier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

14 Avril 1896.

Cas intéressant de blépharoplastie. — **M. Darier** présente un malade auquel il a fait la blépharoplastie, par glissement de la paupière inférieure, par le procédé de Pagenstecher-Knepp. Le résultat est excellent.

Un cas d'aniridie congénitale. — **M. Duboys de Lavigerie** montre une fillette atteinte d'aniridie congénitale bilatérale. Elle présente, en outre, quelques opacités cristalliniennes périphériques. L'acuité visuelle est réduite à 1/5, mais de près, la malade lit assez facilement le n° 3 de l'échelle de Parinaud. Il n'existe pas d'autres anomalies, et, il n'y a rien à relever dans les antécédents de la malade.

M. Despagnet. Dans l'observation que j'ai publiée, relative à une famille où il existait de nombreux cas d'aniridie, j'ai fait remarquer que l'aniridie n'était jamais complète et qu'il persistait des traces de la membrane irienne.

M. Morax. M. Parinaud a opéré, il y a deux ans, une jeune fille de vingt et un ans atteinte d'aniridie bilatérale, congénitale, et chez laquelle une cataracte s'était développée du côté gauche, d'une manière rapide et sans cause appréciable. Les globes oculaires étaient normalement développés, mais l'iris faisait totalement défaut. A droite, il existait une opacité polaire postérieure diffuse, réduisant l'acuité à 5/30. Dans l'œil gauche, le cristallin était le siège d'une cataracte laiteuse, qui, d'après les renseignements fournis par la malade, avait évolué dans l'espace d'un mois. Il s'agissait d'une cataracte molle, que l'on put évacuer facilement, par une incision au couteau lancéolaire. Nous n'avons retrouvé aucun fait particulier dans les antécédents personnels ou héréditaires de la malade.

De l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Complications provoquées par des traitements intempestifs. Prophylaxie. — **M. Abadie.** Romici, van den Bergh, Defize ont rapporté d'assez nombreux exemples d'ophthalmie des nouveau-nés, qui ont présenté des complications graves de la cornée, à la suite de lavages avec des solutions plus ou moins concentrées de sublimé. Ces complications consistaient, généralement, dans une infiltration, une opacification blanchâtre occupant toute son étendue; la cornée n'est pas ulcérée, et, ce n'est que, si l'on continue l'application des solutions de sublimé, qu'elle arrive à s'ulcérer et à se perforer. Dans la plupart des cas observés jusqu'ici, cette lésion, les premiers jours inquiétante, n'a pas tardé à s'atténuer et à disparaître même tout à fait, dès que l'action irritante qui la provoquait, c'est-à-dire les lavages de sublimé, ont été supprimés. Je viens d'être témoin, dans ma clientèle, de deux faits, qui rentrent complètement dans la catégorie

de ceux signalés par les auteurs que je viens de citer Ces faits sont intéressants à connaître, car ils peuvent donner naissance à des méprises bien funestes, pour les petits malades. Dans l'ophtalmie purulente la maladie peut déjà, par elle-même, dans les cas graves et négligés au début, s'accompagner de lésions cornéennes presque semblables à celles qui sont provoquées par l'emploi du sublimé. Dès lors, si au lieu de considérer, comme il convient, la lésion cornéenne comme due à l'action nuisible du sublimé et de supprimer aussitôt ces lavages, on redouble de vigueur dans le traitement, croyant à une aggravation de la maladie, la catastrophe est certaine.

Ce qu'il y aura de mieux à faire, ce sera de ne jamais employer les solutions de sublimé.

M. Romici a critiqué, assez vivement, le traitement prophylactique de l'ophtalmie purulente, y compris même le système de Crédé, qui semblait pourtant jouir d'une grande faveur, parmi les accoucheurs. Je trouve qu'il faut apporter à ce traitement préventif, plus de discernement et de réserve. Je crois que l'instillation de une à deux gouttes de nitrate d'argent à 2 pour 100, peut être réellement utile quand il y a eu réellement infection. Mais, en employant systématiquement, dans tous les cas, l'instillation d'une solution, en somme assez forte, on provoque une ophtalmie d'ordre chimique, qui, le premier et le second jour peut en imposer, à l'entourage et en particulier aux sages-femmes, pour une véritable ophtalmie purulente. Pour peu qu'on continue alors les cautérisations, les lavages au sublimé, cette maladie qu'on a créée de toutes pièces, s'aggravera, et les cornées finiront par être compromises. La beauté des résultats fournis par les statistiques ne tient pas uniquement à l'emploi prophylactique, soit du nitrate d'argent, soit de l'iodoforme, soit de tout autre agent médicamenteux introduit dans l'œil ; ces heureux résultats sont dus probablement, surtout à ce que l'on évite l'infection par les soins plus attentifs donnés à la femme, avant, pendant et après l'accouchement et, à l'enfant, immédiatement après la naissance.

Je crois que la véritable prophylaxie consiste à éviter, autant que possible, que des matières virulentes viennent contaminer la surface conjonctivale de l'enfant. Toute femme ayant un écoulement suspect devra être soigneusement désinfectée. Les yeux de l'enfant, aussitôt après la naissance, la peau du voisinage doivent être nettoyés soigneusement, avec une solution aseptique quelconque, inoffensive, de l'eau boriquée ou de l'eau bouillie. Si la désinfection, du côté de la mère, étant malgré tout suspecte, on craint une ophtalmie purulente, on pourra recourir au système de Crédé, à l'instillation d'une ou deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100, dans le cul-de-sac conjonctival. On devra s'abstenir de lavages au sublimé. Si, après quarante-huit heures, l'ophtalmie causée par l'instillation ne rétrocède pas, si la tuméfaction des paupières est plutôt exagérée que diminuée, cela prouve que, malgré le traitement prophylactique, on a, devant soi, une ophtalmie purulente vraie. Dès lors, on appliquera le traitement habituel au nitrate d'argent, en solution à 2 ou 3 pour 100. Comme lavage, les solutions boriquées ou au permanganate de potasse, à 1 ou 2 pour 1000, sont toujours suffisantes. S'il se produit des lésions cornéennes, la direction du traitement devient, par elle-même, très délicate, et l'assistance d'un médecin oculiste devient nécessaire.

M. Valude. Je partage l'opinion de M. Abadie au sujet du danger des lotions au sublimé, et j'en ai vu plusieurs exemples, et j'ai appris, par expérience, à être réservé dans mon pronostic, lorsque, pour des cas semblables, j'étais appelé à me prononcer sur l'issue de l'affection. Par la méthode de Crédé, on provoque une conjonctivite légère, et c'est cet inconvénient que j'ai voulu éviter en préconisant l'iodoforme qui, au point de vue des résultats, est absolument comparable au nitrate d'argent.

M. Despagnet. Depuis l'introduction et la multiplication des antiseptiques, on voit bien plus souvent des accidents qu'autrefois, alors qu'on faisait simplement le traitement avec les solutions de nitrate d'argent. Je crois qu'on ne peut pas accuser le nitrate d'argent de provoquer des accidents en dehors de la conjonctivite légère, qu'il peut faire naître et qui est sans gravité. Ce qui ne veut pas dire que la guérison soit absolument constante. Il est des cas où, chez des athrepsiques, la cornée s'ulcère quel que soit le traitement. Au point de vue prophylactique, je me range à l'avis de M. Abadie. A la Maternité de Saint-Germain, j'ai fait faire, depuis un an, des lotions des yeux du nouveau-né avec de l'eau boriquée, il n'y a eu que 2 pour 100 de cas d'ophtalmie des nouveau-nés. Au point de vue de la valeur prophylactique du nitrate d'argent, je vous signalerai le cas d'une dame qui eut trois couches, et dont les trois enfants furent atteints d'ophtalmie du nouveau-né. Le troisième fut infecté, bien qu'on ait pris toutes les précautions antiseptiques possibles du côté de la mère, et malgré les instillations de nitrate d'argent, faites dans l'œil de l'enfant aussitôt après la naissance.

M. Jocqs. J'ai observé, dernièrement, un cas qui vient à l'appui de la communication de M. Abadie. Il s'agit d'un enfant chez lequel l'instillation de jus de citron avait provoqué une légère conjonctivite qui, soignée par les lotions au sublimé, aboutit, au quatrième jour, à un trouble diffus de la cornée.

M. Galezowski. La prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés n'a aucune valeur et elle est inutile, puisque nous avons dans les cautérisations biquotidiennes avec le collyre au nitrate d'argent au 1/40, un moyen infaillible de guérison.

M. Kalt. Il y a quelques années, j'ai essayé, dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, l'emploi de solutions de sublimé au 1/20000, mais, j'ai dû y renoncer, car, même à cet état de dilution, l'irrigation détermine des douleurs excessivement violentes. J'ai vu des ulcérations superficielles de la cornée se développer chez des malades atteints d'ophtalmie blennorrhagique, alors même que le traitement avait été suspendu, et que la sécrétion était tarie.

M. Gorecki. Ce qui semble résulter de la discussion c'est que, ce qui est le plus nécessaire, c'est un bon oculiste, qui traite bien ses malades. Je ne puis m'empêcher de vous signaler un fait malheureux, survenu à un de nos confrères, dont la fille était atteinte d'ophtalmie, et qui, ayant mal compris la prescription, fit, au lieu de lotions boriquées, des instillations de nitrate d'argent, répétées toutes les heures. Le résultat fut une destruction des deux cornées. Quant à l'iodoforme, je puis dire, d'après expérience personnelle, qu'il est très peu irritant.

M. Valude. Il est inadmissible de dire, comme M. Galezowski, que la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés n'a pas sa raison d'être. On a fourni en Allemagne, en Suède, des statistiques très étendues qui en établissent la valeur d'une manière incontestable. Evidemment, on ne peut pas arriver à une suppression complète, à un résultat infaillible, mais il faut tenir compte du nombre des enfants atteints. Les irrigations boriquées peuvent être appliquées dans des hôpitaux où l'on a un personnel bien dressé, mais ailleurs, c'est très difficile à obtenir, tandis que l'insufflation d'iodoforme, l'instillation de nitrate d'argent n'offre aucune difficulté.

M. Abadie. Je suis heureux de voir que nous sommes tous d'accord au sujet de l'emploi néfaste du sublimé. Je tenais à bien établir le fait, car les cas se multiplient depuis que les sages-femmes ont à leur disposition les solutions de sublimé à 1/1000 et 1/2000. J'ai laissé de côté la question du traitement, qui est définitivement tranchée en faveur du nitrate d'argent en solution.

Modifications à l'opération du strabisme. — **M. Galezowski** remplace les sutures transversales de la conjonctivale, par des sutures verticales, pour obtenir un effet plus considérable.

M. Vignes. M. Galezowski trouvera dans le traité de de Wecker et Masselon, l'indication de ce procédé de suture qui ne présente d'ailleurs aucun avantage.

Action thérapeutique de l'érysipèle facial sur diverses affections oculaires. — **M. A. Terson** a observé un cas de lèpre conjonctivale très développée, où un érysipèle facial améliora beaucoup les paupières, et fit disparaître totalement les boutons lépreux de la conjonctive : ce n'est que six mois après, qu'un début de récidive eut lieu d'un seul côté. On a signalé aussi, quelquefois, la disparition complète du trachome et des pannus de la cornée, au cours d'un érysipèle (Koltchwin, Rampoldi, etc.), et dans les cas d'érysipèle unilatéral, la disparition du trachome a été également unilatérale. Des iridochoroïdites, des tumeurs orbitaires ont été améliorées par lui. Enfin, une infection générale telle que la pneumonie (Rampoldi), le choléra (Zanchi, Delens), peut faire disparaître le trachome, et même des lymphadénomes orbitaires. L'action de voisinage est au moins aussi importante que l'action générale, et si l'on lit les conclusions de Hallopeau et Roger sur la toxithérapie du lupus, il faut reconnaître que si la toxithérapie du trachome, et de quelques lésions oculaires ayant résisté quelquefois à tout traitement, paraît pouvoir donner des résultats, rien ne prouve qu'ils puissent être durables, si on se rapporte à l'action momentanée de l'érysipèle et des infections générales. Néanmoins, les ophthalmologistes doivent suivre, avec un grand intérêt, les tentatives de ce genre, susceptibles de progrès, des chirurgiens et des dermatologistes.

M. Gorecki. Je ne retiendrai qu'un point de la communication de M. Terson, c'est l'action sur l'œil de toxines appliquées près ou loin de cet organe. Cette action peut être comparée à celle du vésicatoire, dont la toxine a, parfois, une heureuse influence sur différents processus oculaires.

Traitement de l'iritis tuberculeux par le gaïacol. — **M. Vignes** a obtenu une amélioration de l'iritis tuberculeux, par l'emploi d'injections d'huile gaïacolée.

V. Morax.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

9-10-11 Avril 1896 (suite).

Réponse à la communication de M. Ehlers sur la lèpre. — **M. Vérité.** La lèpre anesthésique, maculeuse et tuberculeuse ne sont pas trois stades différents d'une même maladie. Il ne faudrait pas confondre l'anesthésie lépreuse en plaques avec l'anesthésie hystérique. Un malade lépreux qui a de l'anesthésie ne peut être considéré comme guéri. La lèpre peut guérir, et chez les malades simplement anesthésiques, on peut voir survenir à nouveau la lèpre tuberculeuse. La lèpre anesthésique n'est pas une lèpre modifiée, c'est une alternance.

M. Ehlers. Il existe des cas de lèpre nerveuse pure, je ne nie pas les passages de la lèpre tuberculeuse à la lèpre anesthésique. Pourquoi ne pas admettre une lèpre fruste que la clinique démontre ?

Herpès oculaires. — **M Galezowski.** Permettez-moi, Messieurs, de vous communiquer mes impressions, au sujet des affections herpétiques oculaires. Tous les cliniciens reconnaissent que l'herpès zoster ou zona ophtalmique, lorsqu'il se développe sur la figure ou le front, attaque les paupières, la cornée, la conjonctive et y provoque des phlyctènes et des pustules herpétiques.

D'autres affections de l'œil sont, au contraire, très fréquentes, selon moi, seulement elles sont confondues dans les traités des maladies des yeux avec d'autres maladies, on les décrit sous des formes locales et banales, telles que kératites phlycténulaires, kératites ulcéreuses, abcès de la cornée. On soigne alors le mal, sans s'occuper de la cause. Il y a encore une autre variété d'affections herpétiques qui survient à tout âge, occasionne des abcès ou des ulcères sur la cornée, surtout chez les arthritiques et les goutteux, des phlyctènes chez les enfants, constituant les différentes variétés de l'herpès oculaire. Il y a donc, selon moi, trois variétés différentes de l'herpès attaquant l'organe de la vue.

1° L'herpès zona occasionné par une affection des centres nerveux de la cinquième paire.

2° La kératite herpétique développée sous l'influence de l'altération des filets nerveux périphériques de la cinquième paire par action réflexe, dents cariées, névrite sous-orbitaire, etc.

3° Enfin, la kérato-conjonctivite pustuleuse aussi herpétique, développée, le plus souvent, chez les enfants, et que je désigne sous le nom d'herpès fébrile de la cornée.

Cette dernière variété qui se trouve surtout chez les enfants et qui est rapportée à la scrofule, n'est autre chose que l'herpès développé sous l'influence d'une fièvre larvée (herpès fébrile).

En effet, je vois les enfants atteints de ces affections, soignés pendant des semaines, des mois, sans résultats, tandis que j'amène la guérison en agissant contre la cause, la fièvre larvée, la grippe, l'influenza, etc. Les enfants ne portent pas de traces apparentes de la fièvre, mais si on les observe attentivement, on constate qu'ils ont des insomnies, des transpirations la nuit, maux de tête, etc. Le sulfate de quinine administré avec méthode arrête le mal et amène la guérison.

Cette dernière variété est donc la conséquence de l'affection microbienne, rougeole, scarlatine, dans lesquelles les microbes sont entrés dans l'organisme et qui toutes ont amené l'altération des nerfs périphériques de la cinquième paire. Ces nerfs sont entremêlés dans leur trajet, soit dans les ganglions, soit dans d'autres parties de leur évolution avec le grand sympathique et provoquent dans la cornée et la conjonctive l'altération des voies lymphatiques.

Cherchons donc à agir toujours sur la cinquième paire, cherchons si les dents cariées ou autres n'ont pas provoqué des ulcères cornéens, combattons les fièvres par les traitements appropriés et nous obtiendrons alors la guérison en agissant localement par les pommades de naphtolate d'Hg, l'occlusion etc.

M. Augagneur réfute l'opinion de M. Galezowski. Pour lui, la kératite phlycténulaire à tendances récidivantes, est due à une rhinite chronique, consécutive soit à l'impétigo, soit à la rhinite rubéolique, affections communes dans l'enfance. Il faut donc examiner le nez des enfants et des adultes atteints de kératite phlycténulaire. Chez les enfants, dans l'impétigo pédiculaire, la contagion nasale a lieu par les doigts. La rhinite se propage soit de bas en haut par le canal nasal, soit de haut en bas et donne alors ces hypertrophies des lèvres attribuées à la scrofule. La première chose à faire, dans le traitement des kératites phlycténulaires, c'est de traiter d'abord les fosses nasales.

M. Vérité. Dans cette question des herpès, on joue souvent sur les mots. Il ne faut pas appeler affections herpétiques tous les herpès, car la plupart des susdites affections ne sont pas des herpès.

Statistique d'un service de Saint-Lazare (suite et fin de la statistique commencée lors du Congrès de Lyon). — **M. Barthélemy.** Étudiant d'abord la blennorragie vaginale chez la prostituée, l'auteur en fixe la durée moyenne à six semaines, deux mois. Rarement, si la femme n'est pas enceinte, l'affection dépasse le col, mais, s'il y a accouchement, fausse couche, la trompe et l'ovaire se prennent. L'ovarite aiguë, qui survient alors, ressemble à l'orchite.

Au sujet de la prophylaxie de la syphilis, il est intéressant de voir ce qu'est la prostituée. Défloree généralement vers dix-neuf ans, elle se livre à son métier deux ou trois ans après, et c'est dans ces deux années qu'elle contracte généralement la syphilis ; c'est alors qu'elle contamine. Sur 531 malades examinées, 410 étaient syphilitiques, 39 n'avaient pas été traitées, 34 étaient en incubation de syphilis. Or, comme chaque femme voit en moyenne 5 hommes par jour, dont 2 au moins sont syphilisables, on voit dans quelle énorme proportion la syphilis peut s'étendre. Une même femme a pu contaminer 35 hommes d'une même caserne. Le meilleur remède contre un tel état de choses, est la création de dispensaires où l'on multiplierait les visites, les pansements, où l'on distribuerait gratuite-

ment les remèdes spécifiques; ce serait encore une dépense économique.

La conséquence de ces syphilis multiples dues à la prostituée, entraînent la déchéance de la race en créant des syphilis héréditaires, affection essentiellement dystrophique. On admet toujours, du moins la plupart des auteurs, que la syphilis héréditaire est dans tous les cas, transmise de la mère à l'enfant. Je crois que la syphilis héréditaire est, dans bien des cas, une syphilis héréditaire *a patre*. Je donnerai comme argument, en faveur de cette opinion, la disproportion de la gravité des accidents chez la mère et l'enfant; la qualité différente des accidents, qui souvent, chez la mère, sont minimes et, chez l'enfant, affectent la forme tertiaire ou déterminent la mort.

A propos de trois cas de psoriasis atypique localisé à la main. — M. Darier. Le terme de psoriasis palmaire et plantaire, a servi autrefois à désigner toutes les éruptions squameuses de la paume des mains et de la plante des pieds. On ajouta avec Hebra et Hardy qu'il était le plus souvent syphilitique de nature. Puis, on décrivit sous ce nom les syphilides palmaires, confondant plus ou moins toutes les autres dermatoses de même siège sous l'appellation *d'arthritides palmaires de Bazin*. Ce terme englobe des éruptions qu'il faut distinguer et notamment : des dermites artificielles, la dyshydrose, la trichophytie, les kératodermies, l'eczéma, le lichen, et le psoriasis vrai.

L'auteur présente deux malades et la photographie d'un troisième, atteints de *psoriasis vrai* limité exclusivement à l'une des mains, avec intégrité de toutes les autres régions des téguments. Il en rapproche une observation de M. Besnier et trace comme suit le tableau de cette affection.

Le psoriasis qui, d'ordinaire, épargne les régions palmaire et plantaire, peut s'attaquer exclusivement à l'une des mains. Cette variété rare, et d'un diagnostic délicat, s'observe comme le psoriasis, en général, de préférence chez l'homme. L'éruption débute par un point quelconque de la surface palmaire, et s'étend lentement; lorsqu'elle occupe toute la paume, la peau y est rouge, luisante, non épaissie ni indurée, recouverte plus ou moins de squames lamelleuses fines, assez adhérentes. Lorsque l'envahissement n'est pas total, l'éruption est formée de taches ou de placards nettement limités par un bord en arcade, sans épaississement de l'épiderme à ce niveau.

L'éruption, dans tous les cas observés, a gagné, par continuité, la face dorsale des doigts et de la main, et, deux fois, la face antérieure du poignet; dans ces régions, le caractère psoriasique de l'affection s'accuse davantage. Les placards ont une tendance à prendre la disposition circinée ou gyroïde. Un ou plusieurs ongles sont, d'ordinaire, striés ou ponctués. Il n'y a aucun trouble notable de la sensibilité. La durée du mal est extrêmement prolongée et peut s'étendre sur de nombreuses années, sans qu'on constate d'envahissement du reste du corps; dans un cas, l'autre main fut prise après deux ans. Cette variété de psoriasis est particulièrement rebelle au traitement, mais elle guérit.

Le diagnostic ne peut pas s'appuyer sur la coïncidence d'éléments typiques, en d'autres points, puisque ceux-ci font défaut, mais doit reposer sur les caractères de la lésion elle-même : l'éruption est très rouge, les squames sont minces, les bords sont circinés, l'envahissement du poignet et du dos de la main est de règle, les ongles peuvent être altérés.

Les dermites artificielles sont croûteuses, mais limitées, épargnent les ongles, et leur guérison est facile.

Les kératodermies sont symétriques, sans rougeur, et fortement kératosiques.

La trichophytie palmaire est caractérisée par ses collerettes et ses vésicules.

La dyshydrose à certains stades pourrait en imposer, mais la desquamation succède toujours à des poussées de vésicules.

Le lichen palmaire est peu connu, sinon en coïncidence avec des éléments de lichen, plus caractéristiques, au poignet.

Plus délicat est le diagnostic de l'eczéma et celui des syphilides palmaires. L'eczéma est, d'ordinaire, moins rouge, recouvert de squames cornés plus épais, donne lieu, régulièrement, à des crevasses ou des rhagades profondes. Les bords sont diffus, effacés, non pas nets et circinés; la face dorsale et le poignet peuvent être envahis. Mais alors, l'eczéma y prend des caractères typiques. Les ongles sont souvent altérés, sous une forme identique à celle du psoriasis. Habituellement, l'éruption est symétrique.

Il reste à prouver que l'eczéma palmaire puisse s'observer sans eczémier d'autres régions, ou, au moins, en l'absence d'un état séborrhéique prononcé.

Les syphilides palmaires, avec lesquelles il importe surtout de ne pas confondre le psoriasis palmaire vrai, naissent sous forme de taches d'un rouge sombre qui d'emblée sont résistantes au toucher, s'étendent par leur périphérie en s'exfoliant au centre et peuvent confluer en placards circinés. Leurs attributs les plus caractéristiques consistent dans l'infiltration du derme qui leur sert de base et dans l'épaisseur de la bordure cornée et parfois les fissures qui les cernent en dessinant des cercles ou des arcades; on peut ajouter qu'elles n'ont nulle tendance à gagner le poignet, ni surtout la face dorsale de la main et des doigts. Sauf le cas d'éruption papulosquameuse généralisée, les ongles enfin ne sont pas ponctués et striés.

On voit donc qu'il est possible de diagnostiquer les diverses éruptions qui longtemps ont été confondues sous le nom de psoriasis palmaire, et de reconnaître, parmi elles, un *psoriasis palmaire véritable*, ce qui est essentiel au point de vue du pronostic et du traitement.

M. Brocq. Je remercie M. Darier d'avoir eu le courage d'aborder cette difficile question. C'est entre la syphilis, le psoriasis vrai et les éruptions psoriasiformes, que le diagnostic est le plus difficile.

Je crois que la localisation, sur une seule main, du psoriasis et l'existence d'une leucoplasie linguale peuvent faire pencher le diagnostic vers la syphilis. La limitation à la main n'est pas suffisante pour affirmer que le psoriasis est syphilitique. Il est des syphilides psoriasiformes qui gagnent le dos de la main. Le meilleur critérium du diagnostic me semble être encore l'injection de calomel, sauf dans les cas où il y a hybridité. Le caractère de la rougeur attribuée par M. Darier au psoriasis n'est pas un caractère diagnostique suffisant. Il peut également exister des syphilides palmaires sans infiltration. Enfin, je demanderai à M. Darier s'il est vrai, ainsi que le dit M. Unna, qu'il existe une différence histologique entre le psoriasis vulgaire et les syphilides psoriasiformes, cette différence étant : l'absence de plasmazellen dans le psoriasis.

M. Darier. J'ai été affirmatif à dessein dans ma communication, pour mieux fixer les caractères. Je ne répondrai pas à l'argument histologique de M. Unna, car je me réserve pour plus tard, étant en train d'étudier la question. M. Brocq, croit à l'épreuve thérapeutique; or, n'a-t-on pas signalé des psoriasis simples, guéris par les injections de calomel?

M. Morel-Lavallée. L'effet de l'injection est tout à fait différent suivant qu'il s'agit de psoriasis ou de syphilis. Dans le cas de syphilis, l'effet curatif est quelquefois très rapide. Les lésions ungueales me semblent plus constantes et plus précoces dans le psoriasis. La localisation à la face palmaire de la syphilis n'est pas fatale, il y a des exceptions.

M. Feulard. Je suis du même avis que M. Morel-Lavallée. L'action du calomel est très rapide dans la syphilis. Dès qu'on cesse les injections, le psoriasis peut reprendre. Il y a des cas hybrides : alors on voit la syphilis guérir et les cônes kératosiques psoriasiques vrais, persister.

M. Moty. Il y a entre l'action du mercure et de l'iodure, une différence considérable. L'iodure n'agit pas le plus souvent contre le psoriasis syphilitique.

M. Brocq. La disparition du psoriasis commence quelquefois après la première injection.

M. Vérité. Bazin avait déjà signalé l'hybridité dont vient de parler M. Feulard. Pour ce qui est de la leucoplasie linguale, Liévin, à Londres, en fait un signe certain de syphilis.

M. Brocq. Je ne voudrais pas que mon opinion sur la leucoplasie soit exagérée et mal interprétée. Il y a des malades non syphilitiques qui ont des psoriasis. La variété de leucoplasie à laquelle j'attache le plus d'importance, est celle qui siège sur le dos et sur les bords de la langue et qui se caractérise par un processus d'infiltration et d'atrophie.

M. Besnier. Dans un des cas auxquels a fait allusion M. Morel-Lavallée, les lésions des ongles avaient-elles précédé l'apparition des syphilides palmaires?

M. Morel-Lavallée. Oui, longtemps avant les syphilides palmaires, les ongles étaient tombés.

M. Besnier. Il y a dans ce point une question des plus intéressantes. Les rapports des lésions ungnéales avec les lésions psoriasiformes étant des plus importants à connaître.

Note clinique sur l'ulcère annamite et son traitement. — M. Moty. L'auteur montre de nombreuses planches qui prouvent la polymorphie éruptive de cette affection. Il a vu qu'en dehors du rôle de l'élément infection, il y avait des lésions consécutives à de véritables névrites périphériques.

Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques. — MM. Gastou et Babon. Dans une première note à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, nous avons cherché à établir chimiquement l'existence des gastropathies médicamenteuses des syphilitiques. Des recherches combinées, par M. Babon dans le service de M. Fournier, il résulte que la formule chimique de ces gastropathies est l'hypopepsie plus ou moins accentuée suivant la durée de l'action médicamenteuse, avec retard de l'évacuation gastrique, s'accompagnant généralement de fermentations anormales tardives.

Cliniquement, ces gastropathies se manifestent par un ensemble de symptômes qui en font presque une entité morbide. La cause occasionnelle, en est le médicament (iodure, mercure et d'après les recherches de M. Hayem, le sirop de Gibert serait surtout nuisible); la cause prédisposante, une tare stomacale antérieure (chlorose, dyspeptique, éthylisme) ou une affection pouvant avoir son retentissement sur l'estomac (rein flottant, affections utérines, fibrome utérin).

Le début en est brusque et progressif : tantôt les malades sont pris aussitôt l'ingestion du médicament de brûlures, de cuissons, de douleurs au creux épigastrique, de régurgitations acides et sont forcés d'en suspendre l'emploi; tantôt l'action est plus lente à se produire et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que les symptômes gatriques apparaissent.

La période d'état est constituée par les accidents de la période digestive : une demi-heure après les repas, les malades sont pris d'une somnolence invincible, de douleurs atroces à l'épigastre et à la région interscapulaire, le ventre se ballonne, ils ont des éructations gazeuses, mais jamais de vomissements. Ces symptômes durent une ou deux heures, puis disparaissent brusquement. L'appétit est en général diminué, sauf quand il y a abus de KI qui produit quelquefois une véritable boulimie. Certains malades souffrent de troubles nerveux se rapprochant de ceux de la neurasthénie. L'estomac n'est qu'exceptionnellement dilaté.

Cet état gastrique est exagéré par la continuation du traitement médicamenteux; dans la forme rapide, les symptômes douloureux disparaissent quand on l'abandonne; dans la forme lente, les malades sont, surtout améliorés par le régime, mais ils restent sous le coup de troubles dyspeptiques ultérieurs.

Le traitement prophylactique de cette gastropathie consistera à éviter l'ingestion médicamenteuse par la voie gastrique. Ces malades bénéficieront de la pratique des injections mercurielles et des lavements iodurés.

P. Gastou.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Quatrième Session, tenue, à Paris, du 9 au 11 avril 1896.

9 Avril (soir).

Du traitement des hémorrhagies post-partum. — M. Tarnier. M. Guéniot était chargé de faire, devant la Société, un rapport détaillé sur cette question intéressante. Mais une indisposition l'empêche d'assister à nos séances. Je viens donc, sur la demande du président, dire *ex abrupto* ce que m'a enseigné ma longue expérience, au sujet du meilleur traitement, applicable aux hémorrhagies *post partum*.

Et tout d'abord, le traitement de ces hémorrhagies, nécessite que, du préalable, un diagnostic exact de l'origine et de la cause de l'hémorrhagie soit posé. Les hémorrhagies de la délivrance peuvent reconnaître, en effet, deux grandes origines — et le traitement, qui leur est applicable, diffère suivant la nature des hémorrhagies.

Ces hémorrhagies peuvent provenir, soit *du col, du vagin et de la vulve*, à la suite de déchirures, atteignant ces parties; soit *du corps utérin*.

Les hémorrhagies du corps utérin sont évidemment les plus graves et les plus difficiles à traiter; les hémorrhagies du col, du vagin et de la vulve sont bien plus faciles à conjurer.

Il s'agit donc, tout d'abord, en présence d'une hémorrhagie post-partum, de poser exactement le diagnostic de la nature de cette hémorrhagie; le traitement découlera de ce diagnostic.

1° *Hémorrhagies du col, du vagin et de la vulve.* — Ces hémorrhagies sont dues à des déchirures de ces différents organes, déchirures entraînant le plus souvent la rupture de petits vaisseaux, de petites artérioles. L'hémorrhagie se fait alors souvent lentement, mais d'une façon continue; souvent on voit l'hémorrhagie se faire par petits jets intermittents. Pour arriver au diagnostic du siège et de la cause de l'hémorrhagie, il faut procéder à un examen minutieux des organes génitaux, s'aider d'un bon éclairage. On peut ainsi arriver, en écartant bien les grandes et les petites lèvres, sur la source de l'hémorrhagie, appliquer si possible une pince à forci-pressure, sur l'artériole qui donne et pratiquer la suture de la déchirure.

Quand l'hémorrhagie provient de la vulve, ou d'une partie du vagin attenante à la vulve, l'arrêt de l'hémorrhagie par la forci-pressure et la ligature est relativement facile. Il n'en va plus de même, quand l'hémorrhagie provient de la partie profonde, du vagin ou du col : alors il est difficile d'appliquer une pince, de faire une ligature ou une suture. Il faut bien se rappeler d'ailleurs qu'en ville on n'a pas toujours des instruments à sa disposition, ni des aides suffisants : dans ces cas quand le pincement du vaisseau déchiré est impossible, soit à cause du siège profond de la déchirure, soit à cause de la pénurie de l'instrumentation, il faut avoir recours à un procédé de traitement simple, qui réussit toujours : au *tamponnement* vaginal serré. Ce tamponnement sera fait avec de la gaze antiseptique. Quand celle-ci fait défaut, et que l'hémorrhagie menace d'emporter la malade, on fera le tamponnement avec les matériaux qu'on aura sous la main : mouchoirs, chiffons, etc.

En résumé, pour traiter les hémorrhagies provenant du col, du vagin ou de la vulve, le mieux est de pincer les vaisseaux ouverts et de jeter une ligature sur eux, et de suturer les parties molles déchirées; toutes les fois que ce procédé sera inapplicable, on fera le tamponnement vaginal antiseptique.

2° *Hémorrhagies du corps de l'utérus.* — Ces hémorrhagies sont beaucoup plus graves que les précédentes et plus difficiles à enrayer.

Tandis que dans le cas précédent, l'utérus était très *rétracté*, dur, revenu sur lui-même; dans les hémorrha-

gies venant du corps de l'utérus au contraire, l'utérus est mou, dilaté. En d'autres termes, les hémorrhagies post partum du corps de l'utérus, tiennent à l'inertie utérine, à l'absence de rétraction de l'utérus.

Ces hémorrhagies venant du corps de l'utérus comportent un triple traitement : un traitement *prophylactique*, *curatif* et *consécutif*.

a) Traitement prophylactique. — On peut, chez certaines femmes, prévoir les hémorrhagies de la délivrance; car certaines femmes sont prédisposées à ces hémorrhagies. Nous voulons parler par exemple des albuminuriques. Mais d'autres femmes encore, en vertu d'une sorte d'idiosyncrasie, présentent des hémorrhagies de la délivrance à chaque accouchement, et cela sans cause apparente, sans albuminurie. Cette disposition peut exister chez certains membres d'une même famille.

Eh bien! chez ces femmes prédisposées peut-on faire quelque chose, pour prévenir ou atténuer les hémorrhagies post-partum? On pourra abréger la durée du travail, en rompant au besoin les membranes prématurément; on surveillera attentivement l'utérus qu'on ne cessera de tenir sous sa main : à la moindre tendance à l'inertie, on excite ses contractions. Est-on autorisé, dans ces cas, à prescrire, d'une façon préventive, l'ergot de seigle (ergotine, ergotinine), immédiatement après l'expulsion du fœtus? Nous ne saurions répondre catégoriquement à cette question; car nous connaissons tous les méfaits de l'ergot de seigle; il semble cependant qu'on les ait exagérés quelque peu.

Mais nous possédons, pour arrêter les hémorrhagies, des moyens précieux (injections chaudes) qui nous dispenseront, en général, d'employer l'ergot de seigle préventif.

b) Traitement curatif. — Que faire, une fois que l'hémorrhagie est produite? L'hémorrhagie venant du corps de l'utérus est souvent très grave et peut entraîner rapidement la mort. Il faut donc agir vite. Or pour arrêter cette hémorrhagie, nous n'avons qu'un moyen à notre disposition, c'est de provoquer la rétraction de l'utérus. Pour cela, il faut faire à la femme des injections chaudes vaginales. Mais ces injections ne doivent être faites, que lorsque l'utérus aura été *vidé* de tout son contenu : placenta et caillot. Ce moyen puissant, indispensable, et toujours sûr, d'arrêter une hémorrhagie utérine, consistant dans l'évacuation du contenu de l'utérus, doit être fait, au premier lieu, et avec soin. Au besoin, il faut le répéter deux ou trois fois, chaque fois que l'utérus tend à redevenir inerte. Il faut appliquer ce traitement dans toute sa rigueur en introduisant la main dans l'utérus, pour le vider des caillots et de tous les débris qu'il contient.

L'utérus vidé, on fait des injections vaginales d'eau très chaude et on prescrit l'ergotine : mais ces moyens doivent toujours succéder à l'évacuation de l'utérus. Dans les cas d'hémorrhagie très grave, on peut recourir à la compression de l'aorte, à la ligature des membres.

Dans les cas d'hémorrhagie très bénigne, quelques frictions sur le fond de l'utérus peuvent faire contracter ce dernier.

Je n'ai jamais pratiqué, pour arrêter une hémorrhagie, le tamponnement intra-utérin.

c) Traitement consécutif. — On donnera à l'accouchée des boissons chaudes alcooliques; on réchauffera la malade; on fera la ligature des membres pour ramener le sang de la périphérie vers le centre. On fera des injections d'éther et de caféine; on fera des injections sous cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel.

M. Bossi (Novare). J'ai obtenu de très bons résultats dans le traitement des hémorrhagies post-partum par l'emploi de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis. D'autre part, quand j'ai affaire à des déchirures du col, j'emploie un tamponnement recouvert d'une solution de perchlorure de fer à 4 pour cent.

Je remplace souvent, dans le traitement consécutif, les injections de sérum difficiles à appliquer, par des grands lavements d'eau chaude salée donnés toutes les deux heures à la dose de 1 litre.

M. Tarnier. J'objecterai à M. Bossi que le perchlorure de fer raidit, racornit, irrite la muqueuse, fait corps avec elle, et provoque la formation de caillots adhérents qui sont difficiles à expulser.

D'ailleurs, le tamponnement pur et simple m'a toujours donné d'excellents résultats.

M. Keiffer (Bruxelles). J'ai fait des expériences sur l'action du perchlorure de fer, en injectant, par exemple, cet agent dans la crête du coq qui n'est en somme composée que de tissu caverneux. Puis j'ai examiné microscopiquement le caillot formé. Or ce caillot est très différent du caillot sanguin ordinaire. Le caillot produit par le perchlorure n'est pas provoqué par la précipitation de la fibrine, mais par celle des substances albuminoïdes. Le caillot est friable, pulvérulent, et très favorable aux embolies.

Donc si on provoque de tels caillots dans le vagin, ces caillots n'étant pas adhérents, on peut risquer des désastres.

M. Champetier de Ribes. Je suis absolument de l'avis de mon maître, M. Tarnier. Pour arrêter une hémorrhagie, il faut absolument vider tout l'utérus de son contenu. Et j'insiste sur cette particularité : la présence des moindres débris de membranes suffit à faire continuer l'hémorrhagie.

M. Maygrier. Je partage entièrement l'avis de M. Champotier. Mais je ne crois pas qu'il soit toujours facile d'enlever avec les doigts des lambeaux de membranes adhérents à la paroi utérine.

Récemment, j'ai eu sous les yeux un utérus inversé; or, pour décoller les membranes adhérentes à cet utérus, j'eus des difficultés inouïes; et pourtant j'avais l'utérus dans la main et sous les yeux.

Donc, souvent, l'utérus étant en place et contenant des membranes, il est avantageux de remplacer les doigts par l'écouvillon pour détacher des lambeaux de membranes.

M. Charpentier. Comme M. Tarnier, je crois qu'il existe des femmes vouées aux hémorrhagies. Mais je crois qu'il est impossible de prévoir cette hémorrhagie dans chaque cas particulier; et il est des femmes qui sont prises d'hémorrhagies considérables post-partum, sans que rien ne le fît prévoir.

Dans ce cas, quelle conduite tenir? Souvent les moyens ordinaires, injections chaudes, évacuation de l'utérus, ergotine, échouent. Alors la compression de l'aorte m'a toujours donné un excellent résultat. Les injections de caféine et d'éther doivent toujours être faites. Parfois, chez les femmes faibles, l'allaitement est l'occasion de petites hémorrhagies utérines assez rebelles pour faire cesser l'allaitement.

Deux opérations de Porro pour tumeurs fibreuses incarcérées dans le petit bassin. — **M. Polosson** (Lyon) a eu l'occasion d'observer deux cas de grossesse compliquée de tumeur fibreuse.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme atteinte d'un fibrome de l'utérus siégeant sur la face postéro-supérieure de l'organe, et ayant basculé en arrière dans l'excavation où il s'est enclavé. Il donnait ainsi l'apparence d'un fibrome du col ou du segment inférieur. Le refoulement était impossible, à cause du volume et du poids de la tumeur. L'excavation était complètement obstruée et l'embryotomie était impossible. Il fallait donc intervenir par la laparotomie; M. Polosson au lieu de faire la simple opération césarienne, suivie de la myomectomie, a pratiqué l'opération de Porro. La femme était âgée de quarante ans. La malade a bien guéri et l'enfant a vécu.

Dans la seconde observation, il s'agit encore d'un fibrome du fond de l'utérus ayant basculé dans l'excavation et s'y enclavant. La femme ayant le même âge que la précédente, M. Polosson a fait l'opération de Porro avec le même succès.

Physiologie du col utérin. — **M. Keiffer** (Bruxelles). De mes expériences physiologiques, je puis conclure qu'au point de vue de la structure et de l'activité fonctionnelle, le col utérin est un sphincter tout comme les autres sphincters (anus, col vésical, pylore).

1° Le col est un véritable sphincter à fibres circulaires et à fibres radiées; il est composé d'un muscle constricteur et d'un muscle dilatateur. Un assez grand nombre de fibres radiées se recourbent au niveau de l'insertion du vagin, pour se porter du col de l'utérus dans la paroi vaginale. D'autres fibres se portent du col dans le corps de l'utérus. D'autres fibres enfin, passent du corps de l'utérus dans le vagin. Aussi bien, la dilatation du col se fait grâce à la contraction des fibres radiées, de telle sorte que le col se trouve attiré en haut vers le corps de l'utérus et en bas vers le vagin.

2° Le tonus du col utérin est entretenu par l'activité réflexe de la moelle lombaire.

3° Le centre tonique du col siège au niveau de la 5e vertèbre lombaire chez le chien.

4° Expérimentalement on peut provoquer la contraction et la dilatation du col par l'excitation de la moelle et de certains nerfs sensitifs périphériques, surtout du nerf crural.

5° Le nerf vague n'est pas un nerf moteur direct; son action est réflexe.

6° L'anémie aiguë provoque le relâchement complet du col. La transfusion sanguine amène sa constriction et celle de tout le corps utérin.

7° L'asphyxie exerce une action constrictive violente sur le corps de l'utérus et le col, puis une action suspensive sur l'organe entier.

M. Budin. Certains faits cliniques démontrent bien que des fibres musculaires descendent du col dans le vagin. M. Tarnier a insisté sur l'abaissement du col, dans les menaces d'avortement des troisième et quatrième mois. En même temps, le col devient dur et ferme et prend la forme d'une toupie dont on aurait arraché le clou.

Traitement de la rétention de l'œuf abortif. — **M. Lop** (Marseille). Depuis le mois de Juin, j'ai fait 8 interventions pour des avortements avec rétention, avec ou sans septicémie.

Ces avortements étaient âgés de deux mois à deux mois et demi.

Trois fois, il y avait rétention complète de l'œuf décollé avec hémorrhagie profuse, mais sans phénomènes septiques. Les injections chaudes et le tamponnement n'ont rien donné. J'ai fait alors la dilatation digitale du col, suivie de l'application successive des deux petits ballons de Champetier. J'ai pu ainsi extraire l'œuf.

Dans les 5 autres cas, il y avait infection avec rétention du produit abortif et de ses annexes. Trois fois j'ai fait le curettage sans le chloroforme, et le résultat fut excellent. Deux autres fois, les malades refusèrent le curettage, je dus me contenter d'injections intra-utérines intermittentes. Ces malades ont guéri difficilement au bout d'un long temps.

Donc, dans la septicémie par rétention de l'œuf abortif, il faut pratiquer d'emblée le curettage.

Fièvre puerpérale à forme gangreneuse. — **M. Favre** (La Chaux-de-Fonds), rapporte deux observations d'infection puerpérale à forme grangréneuse (gangrène d'hôpital). Il a guéri ses malades en les traitant avec l'eau sulfureuse.

Il rapporte cette gangrène génitale à la présence d'un bacille qui, inoculé sur des plaies humaines produisait régulièrement la gangrène d'hôpital. Il retrouva ce bacille dans différents cas de chancres mous gangreneux.

Un cas de version dans un bassin rétréci. — **M. Poux** (Toulouse), rapporte l'observation d'une femme rachitique. Le diamètre promonto-sous-pubien, mesurait 8,8 cent. L'accouchement fut provoqué à 8 mois. L'enfant fut extrait difficilement par version podalique, une procidence du cordon s'étant produite au cours du travail. Son diamètre bipariétal était de 10 centimètres.

La manœuvre de Mauriceau permit d'extraire presque facilement la tête. Le forceps n'eût peut-être pas donné un aussi bon résultat que la version.

Recherches expérimentales à propos du mensurateur-levier-préhenseur. — **M. Budin** (Paris). L'appareil imaginé par M. Farabeuf, et qu'il dénomme mensurateur-levier-préhenseur, se compose essentiellement de deux cuillères, largement fenêtrées, glissant l'une sur l'autre et réunies par une troisième boucle formant crochet. Cet instrument est destiné à extraire la tête, dans les cas de bassin modérément rétréci. Il doit servir surtout à entraîner la tête dans l'excavation après symphyséotomie.

J'ai fait avec ce mensurateur et quelques autres instruments, diverses expériences comparatives.

J'ai expérimenté sur des bassins rétrécis, de fonte moulée, sur des bassins osseux et munis d'un coccyx mobile.

Dans un tel bassin ayant comme diamètre conjugué, 9 cent. 5, on ne peut faire passer, avec l'instrument de M. Farabeuf, une tête dont le diamètre biparietal a 9 cent. 1/4 qu'avec beaucoup de peine et avec une réduction notable de cette tête. Et pourtant, une pareille tête eût dû s'engager sans efforts.

Avec une autre tête mesurant 9 cent. 5 comme diamètre bi-postérieur, tête dure, irréductible, l'engagement avec le mensurateur-levier-préhenseur est impossible.

Or, en reprenant la première tête de 9 cent. 1/4, on voit que si on la presse un peu par-dessus le pubis, elle passe toute seule sans difficulté. Elle passe encore plus facilement à travers le détroit supérieur venant seconde sous la traction du seul poids du corps fœtal.

Cette même tête vient encore très bien, grâce à une application oblique du forceps. Si, au contraire, on applique le forceps dans le sens antéro-postérieur, on a les mêmes difficultés qu'avec l'appareil de M. Farabeuf; la tête ne s'engage qu'à la faveur d'une réduction.

Quelle est la cause de ce fait?

La cuillère du forceps et surtout la cuillère du levier-préhenseur sont trop larges. Elles ne s'adaptent ni l'une ni l'autre à la concavité de la paroi postérieure du pubis, si bien qu'il y a, par le fait de ces cuillères, une sorte de pont jeté sur l'axe antérieur du bassin.

La tête, en descendant, n'utilise plus le diamètre allant jusqu'à la symphyse, mais seulement le diamètre allant jusqu'à la corde de l'arc pubien. L'espace semi-lunaire perdu, compris entre la symphyse pubienne et la cuillère, varie de 6 millim. 5 à 11 millim. 5.

Que se passe-t-il après la symphyséotomie?

J'ai placé une tête fœtale mesurant 7 cent. 8 de diamètre bi-postérieur sur un bassin de 6 cent. 5 de diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur. Ce bassin, s'ouvrant comme après la symphyséotomie, je pus écarter le pubis de 4 centimètres.

Dans ces conditions, une simple pression exercée sur la tête placée au-dessus du détroit supérieur suffit pour engager la tête : une simple traction sur le tronc fit aussi descendre la tête dernière.

Le forceps, appliqué obliquement, entraîna très facilement la tête.

Mais cette tête, saisie par le forceps placé antéro-postérieurement, ou par le mensurateur-levier-préhenseur, ne passait pas.

C'est que, forceps ou levier, s'appuyant sur l'extrémité des pubis, comblait l'espace libre où la bosse pariétale eût pu s'insinuer, en empêchant la tête de passer.

Quand on porte l'écartement des pubis à 5 centimètres le forceps, placé dans le sens antéro-postérieur de la tête, fait passer celle-ci; mais le levier-préhenseur ne passe pas, car sa cuillère (mesurant 5 cent. 4), ne peut se loger dans l'intervalle interpubien, il faut porter celui-ci à 6 centimètres pour passer avec le levier.

D'après ces résultats, obtenus sur des bassins artificiels, je n'ai pas tenté d'employer cet instrument sur la femme vivante.

(A suivre). A. SCHWAB.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME
SOLUTION PAUTAUBERGE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

FER QUEVENNE Seul Fer réduit approuvé par l'ACADÉMIE de MÉDECINE 14, r. Beaux-Arts, Paris. { une expérience de 50 ANNÉES a confirmé sa supériorité } { Poudre Dragées Pastilles }

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.
SIROP CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON
ADULTES : Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.
..... *A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.*
Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).
PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, *et toutes Pharmacies.*

Farine lactée Nestlé
Cet aliment, dont la base est le bon lait, *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*
En outre, pour les adultes convalescents *ou* valétudinaires, *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*
A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.
MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ *sur leurs ordonnances*

GLYCÉROPHOSPHATES
Phosphate vital
de JACQUEMAIRE
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER { 1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP; } Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Airol
Marque "GRIFFON"
Antiseptique interne et externe
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.
L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S. G. D. G.
Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.
HYGIÈNE PUBLIQUE
Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.
HYGIÈNE PRIVÉE
Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.
Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.
PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES
Vente en Gros : MM. J. HAYEM et C^ie, *Paris;* A. GRANDJEAN et C^ie, *Reims;* BLIN et BLIN, *Elbeuf,* seuls Concessionnaires.

LE TANNATE DE CRÉOSOTE SOLUBLE
Contenant 60 0/0 de Créosote de hêtre et 40 0/0 de Tannin forme la base du
CRÉOSAL DUBOIS
SOLUTION (flacon et 1/2 flacon) — POUDRE GRANULÉE — CACHETS
Ce médicament a donné de merveilleux résultats dans les **Bronchites** aiguës ou chroniques, et **TUBERCULOSES** réalise d'une façon parfaite l'antisepsie des voies respiratoires et gastro-intestinales.
PAS IRRITANT, PAS CAUSTIQUE et TRÈS BIEN TOLERÉ
H. DUBOIS, Quai Jemmapes, 56, PARIS, et toutes bonnes Pharmacies

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.